Erstaufnahmebogen - Hausarzt

Ihre Angaben, Ihre Sicherheit

Dr. med. Jan Pollmann

Willkommen in unserer Arztpraxis. Bitte füllen Sie den folgenden Fragebogen gewissenhaft aus. Ihre Daten werden in ihre elektronischen Patientenkartei der Praxis übernommen. **Mit Ihrer Unterschrift am Ende bestätigen Sie die Richtigkeit ihrer Angaben und akzeptieren die Datenschutzrichtlinie der Praxis (siehe Aushang).**

Name: Vorname:	Besitzen Sie eine **Patientenverfügung**? Nein ☐ Ja ☐
Geburtsdatum: Nationalität:	Besteht eine **gesetzliche Betreuung**? Nein ☐ Ja ☐
Größe: Gewicht:	**=> bitte Betreuungsausweis vorlegen**
Telefon mobil: Festnetz:	Haben Sie einen **Pflegegrad**? Nein ☐ Ja ☐
Beruf: Arbeitgeber:	Grad 1 ☐ Grad 2 ☐ Grad 3 ☐ Grad 4 ☐ Grad 5 ☐
Familienstand: ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden ☐	Haben Sie einen **Behindertenausweis**? Nein ☐ Ja ☐
Kinder Nein ☐ Ja ☐ - wie viele?	Grad der Behinderung in %
Einverständnis Korrespondenz E - Mail: Nein ☐ Ja ☐	**Ihre Fachärzte (z.B. Frauenarzt, Urologe)?**
E - Mail-Adresse: @	

Nehmen Sie Medikamente ein? Nein ☐ Ja ☐	**=> Bitte ärztlichen Medikationsplan vorlegen (BMP)**
Gerinnungshemmer Nein ☐ Ja ☐	**=>**
Allergien/Nahrungsmittelallergie Nein ☐ Ja ☐	**=>**

Herzschrittmacher/Defi (ICD/CRT) Nein ☐ Ja ☐	**=> Bitte Schrittmacherausweis bereithalten**
Schlafapnoe/Beatmungsgerät Nein ☐ Ja ☐	**=> Bitte Geräteausweis bereithalten**
Herzerkrankung/Bluthochdruck Nein ☐ Ja ☐	Neurologische Erkrankungen Nein ☐ Ja ☐
Augenerkrankungen Nein ☐ Ja ☐	Psychische Erkrankung Nein ☐ Ja ☐
Nierenerkrankungen Nein ☐ Ja ☐	Osteoporose Nein ☐ Ja ☐
Diabetes mellitus Typ1 ☐ Typ2 ☐ ? ☐ Nein ☐ Ja ☐	Gelenkersatz oder orthopädische OP Nein ☐ Ja ☐
Durchblutungsstörungen Beine Nein ☐ Ja ☐	Krebsleiden Nein ☐ Ja ☐
Krampfadern/Lymphödem Nein ☐ Ja ☐	Chronische Infektionserkrankung Nein ☐ Ja ☐
Schilddrüsenerkrankung Nein ☐ Ja ☐	Rauchen Sie? Nein ☐ Ja ☐
Erkrankungen im Bauchraum Nein ☐ Ja ☐	seit wann, wieviel?
Rheuma oder Vaskulitis Nein ☐ Ja ☐	Trinken Sie Alkohol? Nein ☐ Ja ☐
Hauterkrankung Nein ☐ Ja ☐	gelegentlich ☐ selten ☐ häufig ☐ täglich ☐
Gerinnungsstörungen Nein ☐ Ja ☐	**Haben wir etwas vergessen? Nein ☐ Ja ☐**

Akute Beschwerden:	Chronische Beschwerden:

Gelnhausen, den Unterschrift

(Datum) (Bei minderjährigen erziehungsberechtigte Person)